



Patientenanmeldung Weaning

Bitte faxen Sie diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt an 0201 805-2629

Anmeldende Klinik _____

Ansprechpartner Name _____

Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

Patient (Aufkleber)

Größe _____

Gewicht _____

beatmet seit _____

Tracheotomie am _____ ☐ operativ ☐ Punktion

Beatmungsform (tags/nachts) _____

P_{insp} _____ PEEP _____ FiO₂ _____ AF _____ I:E _____ T_{insp} _____

Spontanatmung ☐ nein ☐ ja, längste Phase _____

pO₂ _____ pCO₂ _____ pH _____ BE _____ ☐ spontan / ☐ beatmet

Grund der Beatmung _____

Weiter Diagnosen _____

Aktuelle MiBi-Befunde _____

MRE? ☐ MRSA ☐ 4MRGN ☐ 3MRGN ☐ C. diff ☐ VRE ☐ TBC ☐ Andere _____

Aktuelle Antibiose _____

Katecholaminbedarf _____ RR _____ HF _____

Sonstige Medikation _____

Dialyse ☐ nein ☐ ja (☐ CVH / ☐ IHD) ☐ akute NI ☐ chron. terminale NI

Vigilanz (RASS) ☐ -5 ☐ -4 ☐ -3 ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 ☐ +3 ☐ +4

Neurologische Defizite _____

Mobilität ☐ bettlägrig ☐ steht ☐ läuft ☐ mobil (Stuhl) ☐ ICU-acquired Weakness ☐ Hilfsmittel _____

Wunden? Decubiti? Wo? _____ ☐ benötigt Wechseldruckmatratze

Zugänge ☐ ZVK ☐ Port ☐ PVK ☐ Arterie ☐ Shaldon ☐ SPDK ☐ PEG/PEJ ☐ Magensonde

Labor Leuko _____ CRP _____ PCT _____ Hb _____ Krea _____ GFR⁺ _____ K⁺ _____

Sonstiges _____

Verlegung von Ihrer Seite sinnvoll/ möglich ab _____

Datum, Unterschrift _____

Ihr Ansprechpartner im Alfred Krupp Krankenhaus: 0201 805-1488